



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

FACULTAD DE MEDICINA
BASES DE LA MEDICINA INTERNA II

Aurélie Balmer, Julien Châtelain, Juan Carlos Ángeles Santiago, Ester Álvarez Pardo, Alberto Pérez Morales, Sandra Arco Nieto, Jonas Boulajraf Kloster, Sofia Balzani, Namir Nawel Al Abdallah Warda, Álvaro Acosta Sánchez del Corral, Samir Bouhaddou Mohamed, Mohamed Bourabaa Mohamed, Gloria Rodríguez Róldan, Elisa Barbieri, Pablo Bermúdez Cervilla.

CASO CLÍNICO - ASMA BRONQUIAL

Para la resolución de nuestro caso, se procedió a revisar en primer lugar la historia clínica del paciente.

Se trata de un varón de 48 años, quien presenta disnea de esfuerzo de un año de evolución y ocasionalmente sibilancias y otros síntomas nocturnos. Con estos síntomas consultamos los antecedentes del mismo, entre los que se encuentran como más relevantes el hábito tabáquico hasta hace 2 meses, convivencia con un perro, e insuficiencia tricúspidea leve. También se recoge que trabaja como diseñador gráfico, si bien en principio no presentaría relación con ninguna patología respiratoria.

Con estos datos, nos planteamos los siguientes posibles diagnósticos: EPOC, anemia, enfermedad intersticial pulmonar, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar y asma bronquial. Se procede a realizar un diagnóstico diferencial.

La disnea presenta un año de evolución, sin taquipnea, ni hipoxemia ni dolor torácico, por lo que descartamos el tromboembolismo pulmonar.

Con el objetivo de intentar descartar una posible ICC y anemia, se solicita una analítica. Se comprobó para cada valor si éstos se encontraban dentro de la normalidad o no. El hemograma y hierro tenían valores dentro de la normalidad, lo que descarta la anemia. Una cardiopatía podría ser causa de disnea, pero en el caso de nuestro paciente el NT-proBNP fue medido recientemente y estaba dentro de la normalidad, lo cual, unido a la ausencia de clínica de insuficiencia cardíaca (edemas, sobrecarga de volumen...), permite descartar dicha posibilidad. Los niveles de leucocitos dentro de la normalidad permitieron descartar una posible infección.

Los niveles de eosinófilos se encontraron dentro de la normalidad. Una eosinofilia podría indicar la presencia de asma. No obstante, dada la clínica del paciente, no se puede descartar esta sospecha diagnóstica.

Faltaban algunos valores no incluidos en la analítica, como los D-dímeros (útiles para informarnos sobre la presencia posible de un tromboembolismo pulmonar) y los valores de velocidad de sedimentación/proteína C reactiva, los cuales podrían dar más información sobre un eventual proceso de inflamación y/o infección.

Considerando las sospechas diagnósticas descartadas hasta este momento, quedarían las siguientes posibilidades: asma bronquial, EPOC, cáncer de pulmón o enfermedad intersticial pulmonar.

Al poder centrarnos en las patologías respiratorias como única posibilidad, pasamos a revisar los datos que nos aporta la espirometría. En esta prueba, el paciente no presentó ninguna alteración en los parámetros espirométricos, en ninguna de las dos curvas (flujo/volumen y volumen/tiempo).

De esta manera, al presentar una FVC normal, podemos descartar el patrón restrictivo, que en nuestro caso se trataría de una neumopatía intersticial. Sin embargo, a pesar de presentar un cociente FEV1/FVC normal, no podemos descartar enfermedades de patrón obstructivo como son el asma o EPOC, ya que en sus formas más leves dicho cociente no se altera.

Con estos datos restan como posibilidad: asma bronquial, EPOC o cáncer de pulmón. A fin de poder orientar hacia un mejor diagnóstico, se procedió a realizar la evaluación del test o prueba de FeNO (concentración fraccional de óxido nítrico exhalado).

Los resultados obtenidos en la prueba de FeNO orientaron a favor de la sospecha diagnóstica de asma y EPOC, si bien no fue posible confirmarla por dos motivos. El primero, que el valor obtenido en la prueba se situaba en el límite superior del rango de normalidad, sin llegar a alcanzar un valor significativo. La segunda razón por la que dicha prueba no resultó concluyente en el diagnóstico diferencial se debe a que esta prueba informa de la existencia de una inflamación alérgica o eosinofílica en la vía aérea, de modo que puede correlacionarse tanto con asma como con EPOC de fenotipo inflamatorio. No obstante, y considerando la normalidad en la placa de tórax, permite descartar el cáncer de pulmón.

Finalmente se plantea una última prueba que permita concluir el diagnóstico diferencial entre asma bronquial y EPOC. El asma bronquial una enfermedad crónica que se caracteriza por obstrucción bronquial reversible, la cual debe ser demostrada para poder concluir nuestro diagnóstico. Dado que el paciente presentó una espirometría normal, se procedió a realizar la prueba de broncoprovocación con manitol con posterior administración de broncodilatador.

Al realizar el test en el paciente, observamos una respuesta positiva característica de hiperreactividad bronquial. Se objetivó un descenso de más del 15% en el FEV1 respecto al valor basal (concretamente, hubo un descenso del 26,6%). Además, se observó una caída de más del 10% (del 14,3%, concretamente) del FEV1 entre dos determinaciones consecutivas. Dicha broncoconstricción fue revertida adecuadamente tras la administración de salbutamol inhalado.

Por tanto, a la luz de los hallazgos expuestos, se confirma la sospecha diagnóstica de asma bronquial, con una hiperrespuesta bronquial leve confirmada tras la administración de una dosis acumulada de 315 mg de manitol.

El hecho de haber realizado la prueba de broncoprovocación con manitol es sin duda diferencial del EPOC, patología menos sensible a esta prueba diagnóstica, debido a que el asma se basa en una obstrucción del flujo aéreo reversible que se evidencia por la broncoprovocación realizada.

Finalmente, para explorar el estado general de los pulmones y descartar alguna patología concomitante, pasamos a analizar en profundidad los resultados de la radiografía de tórax. En el caso que nos ocupa, la prueba de imagen resultó normal, y no muestra signos radiológicos característicos de otras patologías pulmonares concomitantes.

En general, la radiografía en pacientes asmáticos durante el período intercrítico es normal, situación que coincide con la del paciente del caso. Durante una hipotética crisis asmática, es característica la hiperclaridad pulmonar bilateral. El asma no produce broncograma aéreo.

Por todo lo expuesto, se puede llegar a la conclusión de que el paciente padece **asma bronquial leve**.

Aspectos de aprendizaje en la realización del presente caso clínico:

Para el análisis del caso clínico, se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica a fin de conocer los aspectos característicos de las patologías compatibles con la clínica respiratoria referida. El aprendizaje en el manejo de las bases de datos y guías clínicas resulta de gran utilidad para poder enfocar el cuadro clínico y abordar el diagnóstico diferencial de una manera ordenada y más eficaz.

Igualmente, se procedió a revisar las pruebas diagnósticas empleadas en el caso, algunas de las cuales no nos resultaban del todo familiares. Se analizaron los fundamentos, sus indicaciones y los valores de referencia.

Posteriormente, en base a los datos de la historia clínica, anamnesis y exploración, se interpretaron e integraron los resultados de las pruebas diagnósticas. Sin embargo, aunque algunas de ellas salieron normales, se dispone de otras para llegar a detectar patologías en sus

formas leves, y, por tanto, llegar a dar el diagnóstico más acertado posible.

Por último, aunque no por ello menos importante, hemos sido capaces de integrar las herramientas necesarias destinadas a realizar una síntesis en forma de póster a partir de un caso clínico. Esto resulta de gran utilidad a la hora de compartir y explicar diversos casos en un breve período de tiempo.